



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Utrygghet etter hjerteinfarkt

SY180H - Bacheloroppgave i sykepleie

Dato for innlevering: 10 april 2014

Kandidatnummer: 51

Antall ord: 9511



Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 INNLEDNING..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for oppgaven og temavalg..... | 1 |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling..... | 1 |
| 1.3 Presisering og avgrensning..... | 1 |
| 1.4 Førforståelse..... | 2 |
| 1.5 Begrepsavklaring..... | 2 |
| 1.6 Oppgavens disposisjon..... | 3 |
| 2.0 METODE..... | 4 |
| 2.1 Hva er metode?..... | 4 |
| 2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode..... | 4 |
| 2.3 Litteraturstudie som metode..... | 4 |
| 2.4 Metodekritikk..... | 5 |
| 2.5 Litteratursøk og søkeord..... | 5 |
| 2.6 Presentasjon av valgte forskningsartikler..... | 7 |
| 2.7 Kildekritikk..... | 9 |
| 2.8 forskningsetiske overveielser..... | 10 |
| 3.0 HJERTEINFARKT..... | 11 |
| 3.1 Generelt om hjerteinfarkt..... | 11 |
| 3.2 To hovedtyper..... | 11 |
| 3.3 Forekomst..... | 12 |
| 4.0 TRYGGHET..... | 13 |
| 4.1 Trygghet som begrep..... | 13 |
| 4.2 Utrygghet hos pasienter generelt..... | 13 |
| 5.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI..... | 15 |
| 5.1 Kort om Travelbee..... | 15 |
| 5.2 Sykepleiedefinisjon..... | 15 |
| 5.3 Menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon..... | 16 |
| 5.4 Lidelse som personlig fenomen..... | 16 |
| DRØFTINGSDEL..... | 18 |
| 6.0 TO PASIENTHISTORIER..... | 18 |
| 6.1 Case 1..... | 18 |
| 6.2 Case 2..... | 18 |
| 6.3 Betragtninger over pasienthistoriene..... | 19 |
| 7.0 FØLELSMESSIGE PÅKJENNINGER VI OFTE SER HOS PASIENTER MED GJENNOMGÅTT HJERTEINFARKT..... | 20 |
| 8.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER BIDRA TIL TRYGGHET?..... | 22 |
| 8.1 Individualisert informasjon kan skape trygghet..... | 22 |
| 8.2 Inkludering av pårørende, og hvordan man kan bruke pårørende som en ressurs..... | 24 |
| 8.3 Et menneske-til-menneske-forhold som gir rom for individuell omsorg og pleie..... | 25 |
| 8.4 Hjelp til mestring og derav trygghet..... | 27 |
| 8.5 Hvordan håpet kan bidra til mestring og trygghet..... | 28 |
| 9.0 Avslutning..... | 30 |
| Litteraturliste..... | 31 |

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven og temavalg

Temaet som jeg har valgt å skrive om i min bacheloroppgave omhandler sykepleie til hjertesyrke pasienter. Nærmere bestemt pasienter som opplever engstelse etter å nylig ha gjennomgått et hjerteinfarkt. Mye av grunnen til at jeg valgte dette temaet var fordi dette var noe som interesserte og engasjerte meg etter min praksis på en medisinsk hjerteavdeling. Under mitt praksisopphold på denne avdelingen la jeg merke til at ivaretagelsen av denne pasientgruppens psykiske behov var manglende. Jeg opplevde også situasjoner hvor jeg følte at min kunnskap om dette temaet ikke strakk til, situasjoner hvor jeg ikke helt visste hva god sykepleie ville være for denne pasientgruppen. Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvilke faktorer som kan fremme trygghet hos pasienter som er engstelige og utrygg etter et hjerteinfarkt. Jeg mener dette er et tema som både jeg og andre helsepersonell trenger mer kunnskap om, for å sikre god sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg tenker også at man vil få bruk for denne kunnskapen uansett hvor man jobber som sykepleier, for utrygge pasienter og pasienter i krise vil man kunne møte overalt.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Når jeg skulle formulere en problemstilling, hadde jeg tre stikkord som jeg ønsket å vite mer om; mestring av situasjonen, engstelse og trygghet i forbindelse med et hjerteinfarkt. Etter å ha formulert mange forskjellige problemstillinger kom jeg omsider frem til et hvor jeg trodde jeg kunne skrive noe om alle de tre stikkordene:

Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos engstelige pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt, innlagt på sykehus?

1.3 Presisering og avgrensning

Jeg ønsker å ta for meg hva som konkret bidrar til trygghet den aller første tiden etter hjerteinfarkt, altså tiden de er innlagt på sykehus. I 2012 var gjennomsnittlig liggedøgn etter et hjerteinfarkt 8 dager (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Dette er ikke lang tid, derfor er det også viktig at jeg er kritisk og realistisk i forhold til hvor mye man kan oppnå og hvilke tiltak som kan fungere.

Selv om jeg ikke bruker ordet mestring i min problemstilling, er dette likevel et begrep som kommer til å være viktig for min oppgave. Jeg tror mestring og trygghet henger veldig nøye sammen og jeg tror også at hvis man skal kunne føle trygghet i en gitt situasjon, er man til en viss grad også nødt til å føle en mestring. Dette begrepet kommer derfor til å bli mye brukt i denne oppgaven.

På grunn av begrensning på ord har det ikke vært rom for utdyping av årsaker og forskjellige behandlingsprosedyrer/tiltak ved et hjerteinfarkt. Dette er derfor ikke nevnt i teoridelen.

1.4 Førforståelse

Vi har alltid en førforståelse før vi setter i gang med en undersøkelse. Man kan også bruke ordet fordom, dom på forhånd, som betyr at vi allerede har meninger og tanker om et fenomen før vi undersøker det. Normen sier at vi alltid må være denne bevisst, og skrive kort om denne i rapporten vår (Dalland, 2007). Det er viktig å være bevisst sin egen førforståelse før man setter i gang med litteratursøk, for å unngå at man bare velger de resultater som bekrefter egne tanker og meninger.

Som jeg skrev litt i innledningen har jeg gjennom min praksisperiode på en medisinsk hjerteavdeling fått inntrykk av at denne pasientgruppes psykiske behov blir for dårlig ivare tatt. I ettertid av min praksis slår det meg at det var svært sjeldent dette temaet ble tatt opp og diskutert, både av meg selv og andre medarbeidere på avdelingen. Jeg har inntrykk av at dette pasientbehovet blir litt avglemt i en hektisk arbeidshverdag, og dermed kan bidra til å gjøre engstelige pasienter mere utrygg.

1.5 Begrepsavklaring

Det var vanskelig å finne en enkel og ukomplisert definisjon av hjerteinfarkt, da dette begrepet ofte kommer inn under samlebegrepet ”akutt koronarsyndrom”. Jeg har derfor valgt å bruke Eikeland, Haugland & Stubberuds (2010) definisjon på dette. ”Akutt koronarsyndrom er et samlebegrep for koronare eller iskemiske hjertesykdommer som er forårsaket av redusert

blodtilførsel til hjertet” (Eikeland m.fl, 2010). Altså, hjerteinfarkt er en tilstand hvor hjertets blodtilførsel er redusert i varierende grad.

Begrepet pasient vil i denne oppgaven brukes om mennesker som mottar sykepleie. Disse menneskene befinner seg forholdsvis på sykehusavdelinger.

Trygghet er et komplekst fenomen, og selv om vi ofte har en felles forståelse av begrepet, er opplevelsen en svært personlig opplevelse. Vårt behov for trygghet gjelder både sikkerhet for konkrete ytre trusler, men også vårt behov for å føle at tilværelsen er stabil, meningsfull og strukturert. Trygghet er et viktig element i relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient (Blix & Breivik, 2006).

Ifølge Bokmålsboka (2010), referert i Hopen (2010), betyr ordet mestring å beherske, ha tak på, greie eller være herre over situasjonen. Mestring dreier seg i stor grad om å ha en følelse av kontroll over eget liv, og ha krefter til å møte utfordringer. God mestring kan hjelpe en til å tilpasse seg en ny virkelighet (s. 299-300).

1.6 Oppgavens disposisjon

Kapittel 2 er et metodekapittel hvor jeg definerer og begrunner mitt valg av metode. Jeg forteller også om søkeprosessen etter vitenskapelige artikler, og hvilke søkeord og databaser som er benyttet. Her presenterer jeg også kort litteraturen som oppgaven er basert på.

Kapittel 3, 4 og 5 er teoridelen i oppgaven. Sentralt i problemstillingen står hjerteinfarkt og trygghet, og disse begrepene omtales i kapittel 3 og 4. Kapittel 5 består av valgt teorigrunnlag, i denne oppgaven; Joyce Travelbees sykepleieteori.

Kapittel 6, 7 og 8 er drøftingsdelen. Her har jeg tatt tak i problemstillingen min, og diskuterer ulike måter sykepleier kan jobbe på for å bidra til trygghet. Dette blir gjort ved å studere tidligere forskning, pensum- og skjønnlitteratur og egne erfaringer.

Kapittel 9 er avslutning. Her har jeg en oppsummering over de viktigste aspektene i forhold til problemstillingen og reflektert litt over egen læring og kunnskaper.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Aubert (1985), referert i Dalland (2007) definerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.
Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (s. 83).

Metoden forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å finne ny eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for valg av metode bør være at den vil gi oss gode data og svare på spørsmålet vårt. Metoden er redskapet vårt i undersøkelsen, for å finne den informasjonen vi trenger (Dalland, 2007). Tranøy (1986), også referert i Dalland (2007) sier at vitenskap og metode henger sammen. Å være vitenskapelig er også å være metodisk.

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kort fortalt kan man si at kvantitative metoder går i bredden av et tema, og tar sikte på å forme dataene om til målbare enheter. Kvalitative metoder derimot, går i dybden av temaet, og søker å få frem det særegne, dra sammenhenger og ha et helhetsperspektiv (Dalland, 2007). I denne oppgaven har jeg i hovedsak benyttet meg av kvalitativ forskning.

2.3 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å bruke hermeneutisk vitenskapsteori (kvalitativ vitenskapsteori) i denne oppgaven. Hermeneutikk betyr fortolkningslære og målet er å gi mening til det vi studerer, som ellers kan virke uforståelig og kaotisk (Dalland, 2007).

Med bakgrunn i hermeneutikken har jeg valgt litteraturstudie som metode. Olsson og Sørensen (2003) skriver at litteraturstudie går ut på å bruke litteratur som allerede er skrevet av andre, som informasjonskilde. Man må også bruke et tilstrekkelig antall vitenskapelige artikler, for å belyse temaet i drøftingsdelen opp mot annen bakgrunns litteratur. Dalland

(2007) sier at et litteraturstudium kan ses på som en form for sekundærlitteratur hvor andres arbeid tolkes for å finne svar på en problemstilling, og det er litteratursøket som er selve metoden. Det er viktig å avklare førforståelsen fordi dette er en faktor som kan påvirke hvordan man vinkler oppgaven.

For å svare på min problemstilling trenger jeg å vite mer om pasienters erfaringer og opplevelser av å ha gjennomgått hjerteinfarkt. Siden vi ikke har lov å intervju pasienter til bachelor oppgaver, ønsker jeg å bruke andres forskning på pasientopplevelser. Litteraturstudie som metode er også det vi har øvet oss på gjennom studieforløpet, og det er metoden jeg føler meg mest trygg på.

2.4 Metodekritikk

Det har blitt bestemt at studenter som skriver bachelor oppgaver ikke får lov til å intervju pasienter. Informantene ved et eventuelt intervju måtte derfor har vært sykepleiere eller andre. Jeg tror at den beste beskrivelse av en opplevelse eller erfaring, kommer fra personen som selv har gjort seg disse erfaringene. Og i mitt tilfelle er disse personene pasientene selv. Derfor tror jeg at min oppgave blir styrket av å velge litteraturstudium, hvor jeg kan benytte meg av kvalitativ forskning som går direkte på pasientenes egne opplevelser ved et hjerteinfarkt. Jeg synes også at forskningen jeg har valgt skildrer pasientenes opplevelser på en fin måte, så jeg er fornøyd med valget mitt om å benytte meg av litteraturstudium.

2.5 Litteratursøk og søkeord

Jeg hadde en del startproblemer og frustrasjon i søken etter relevant forskning til min oppgave. Jeg gjorde det litt vanskelig for meg selv når jeg valgte sykehus som arena.

Under søkeprosessen fant jeg mye forskning som omhandlet trygghet og mestring av hjerteinfarkt etter utskrivning fra sykehus, derimot mye mindre forskning som omhandlet den lille tiden de er innlagt på sykehus. Jeg kom til et punkt hvor jeg vurderte å skifte om på problemstillingen og heller velge hjemmesituasjonen etter utskrivning som arena. Men etter å ha tenkt meg nøye om, bestemte jeg meg likevel for å ta utfordringen selv om den kunne bli vanskelig. På grunn av lite forskning har jeg sett det nødvendig å benytte meg av noe forskning som er eldre enn 5 år, og som ikke nødvendigvis er direkte linket opp mot det å ha opplevd et hjerteinfarkt.

For å finne relevant forskning til mitt litteraturstudie har jeg søkt i universitetets databaser, og valgte pubmed og ovid nursing som hoved databaser. Jeg ble uten tvil mest fornøyd med søkeresultatene på ovid nursing. Denne databasen gav meg færre treff på søkeordene mine men likevel flest resultater relevant i forhold til sykepleie, og det var dette jeg var ute etter. Søkeordene som gav flest treff var: myocardial infarction, nursing, hospital, vulnerability, security, patients, information og feeling safe. Å søke med disse søkeordene alene ga altfor mange treff, men ved å kombinere disse på ulike måter, ble antall treff betraktelig redusert.

| Dato | Database | Søkeord | Antall treff | Aktuelle artikler |
|-------------|-----------------|--|---------------------|--|
| 05/02-2014 | Ovid Nursing | Patients AND security AND vulnerability | 8 | Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care |
| 05/02-2014 | Ovid Nursing | Feeling safe AND patients | 19 | * Feeling safe: The psychosocial needs of ICU patients. * Factors promoting intensive care patients perception of feeling safe: A systemativ review |
| 07/02-2014 | Pubmed | Myocardial infarction AND nursing AND information AND hospital | 48 | A qualitative study of the information needs of acute |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | Begrensning: Full text available og maks 10 år gammel | | myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge |
|--|--|---|--|---|

For å finne relevante bøker i forhold til mitt tema, har jeg benyttet meg mye av BIBSYS. BIBSYS er en slags felles database og bibliotekskatalog for norske universiteter og høyskoler. Noen av søkeordene jeg brukte var: hjerteinfarkt, mestring, kommunikasjon, trygghet og sykepleieteori. Her fant jeg mange relevante bøker. Noen eksempler er *helhetlig hjerterehabilitering* skrevet av John Gunnar Mæland (2006), og *mellommenneskelige forhold i sykepleie* skrevet av Joyce Travelbee (2001).

2.6 Presentasjon av valgte forskningsartikler

Feeling safe: The psychosocial needs of ICU patients er publisert av Judith E. Hupcey i 2004. Judith er utdannet sykepleier og jobber som professor ved universitetet i Pennsylvania. Denne studien er kvalitativ og 45 kritisk syke innlagt på intensivavdeling ble intervjuet. Hensikten med denne studien var å beskrive de psykososiale behov hos kritisk syke pasienter, og opplevelsen disse pasientene hadde når disse behovene ikke ble møtt. Det viktigste funnet ved denne studien var at pasientenes viktigste behov i en slik situasjon var å føle seg trygg. Det å vite hva som foregikk rundt dem, å ha en kontroll over situasjonen, å bevare håpet og tillit til personalet var de viktigste stikkord for at pasientene følte trygghet. Familie og venner var veldig viktig i forhold til å bevare håpet.

Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care er publisert av Sharon McKinley (sykepleier og professor ved University of Technology i Sydney), Sue Nagy (sykepleier og professor ved University of Western Sydney), Jane Stein-Parbury (sykepleier og professor ved University of Technology i Sydney), Margaret Bramwell (sosialarbeider ved Royal North Shore Hospital) og Janine Hudson (sykepleier og avdelingsleder ved Royal North Shore Hospital) i 2002. Denne studien er kvalitativ og fjorten pasienter tidligere innlagt

på intensivavdeling ble intervjuet i grupper 3-6 måneder etter utskrivning. Hensikten med denne studien var å skape en forståelse av hvordan det var å være en kritisk syk pasient innlagt på en intensivavdeling. Det største funnet i denne studien var at begrepet *sårbarhet* beskrev denne opplevelsen best. Pasientene følte trygghet når de visste hva som foregikk rundt dem, når de fikk sine personlige behov møtt, når de mottok individuell omsorg og pleie, og når de fikk ha familie rundt seg. Når disse behovene ikke ble møtt følte de utrygghet, redsel og engstelse.

A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge er publisert av Tove A. Hanssen (Korresponderende forfatter, kompetansesenter for klinisk forskning, Haukeland Universitetssykehus i Bergen), Jan E. Nordrehaug (avdeling for hjertesyke, Haukeland Universitetssykehus i Bergen) og Berit R. Hanestad (Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen) i 2005. Studien er kvalitativ og fjorten pasienter ble intervjuet i grupper 3-5 måneder etter utskrivning. Hensikten med denne studien var å utforske behovet for informasjon hos pasienter med gjennomgått akutt hjerteinfarkt. Et av funnene i denne studien var at pasientene generelt følte at de fikk mye informasjon. Problemet var at informasjonen de mottok ofte var for generell, og de hadde vanskelig med å plukke ut hva som ville være relevant for dem selv. De savnet mer individualisert informasjon. Et annet funn var at pasientene følte at de selv i stor grad måtte ha en aktiv rolle på sykehuset for å få den informasjonen de trengte. I den tiden pasientene var innlagt var det mye som skjedde på en gang, i tillegg til at de var alvorlig syke, derfor visste de ikke alltid hva de skulle spørre om. Sykepleiere må derfor ha en mer aktiv rolle når det kommer til informasjon til pasientene.

Factors promoting intensive care patients perception of feeling safe: a systematic review er publisert av Annelies Wassenaar (korresponderende forfatter, ansatt ved forskningsinstitutt for kvalitet av helsetjenester i Nederland), Jeroen Schouten (ansatt ved intensiv avdeling) og Lisette Schoonhoven (også ansatt ved forskningsinstitutt for kvalitet av helsetjenester i Nederland) i 2014. Dette er en review artikkel hvor hensikten var å systematisk beskrive hvilke faktorer som fremmer pasientens opplevelse av å føle seg trygg i en intensivavdeling. De fant at informasjon, omsorg og personlig pleie fra sykepleier var den viktigste faktoren for å skape trygghet hos pasienter. Omvendt følte de utrygghet når pleien fremsto som upersonlig. Å ha familie rundt seg var den andre store faktoren som var viktig for å føle trygghet.

2.7 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få en liten innsikt i hvilke tanker man har gjort seg om relevans og gyldighet i forhold til egen problemstilling (Dalland, 2007).

Jeg har brukt en del lærebøker som vi har hatt i pensum gjennom dette studiet. Dalland (2007) skriver at lærebøker og fagbøker er et godt utgangspunkt for slike oppgaver, man vet med sikkerhet at de er relevante. Selv om lærebøker er relevante, er det dog sjelden tilstrekkelig alene som litteratur.

Forskningsartiklene som jeg har brukt er hentet fra store anerkjente databaser innenfor fagfeltet medisin, ovid nursing og pubmed. Alle artiklene er fagfellevurdert, også kalt peer review, noe som betyr at artiklene er blitt vurdert og godkjent av andre eksperter innenfor samme fagområde. Dette gir en ekstra kvalitetssikring (Dalland, 2007). Alle forskningsartiklene er også primærkilder. Dette er artikler hvor forskeren selv presenterer sitt arbeid, og dermed er mulighet for feiltolkning redusert. Selv om jeg har brukt forskning som er eldre enn 5 år gammel, har jeg vurdert artiklene som fremdeles gjeldende. Det jeg har hentet fra artiklene er i hovedsak pasientopplevelser, og jeg tror ikke at opplevelsen av å ha gjennomgått et hjerteinfarkt endres så veldig mye på få år. Alle artiklene er utgitt etter år 2000. Siden dette er en bachelor i sykepleie er det viktig å innhente informasjon fra et sykepleieperspektiv, derfor anser jeg det som svært positivt at de fleste artiklene er skrevet av sykepleiere.

Alle artiklene jeg har benyttet var skrevet på engelsk og jeg har oversatt dem selv. Jeg er klar over at dette kan føre til misforståelser og feiltolkninger, men jeg anser mine egne engelskkunnskaper som bra.

Jeg har benyttet meg av boka *sykepleieteorier – analyse og evaluering* skrevet av Marit Kirkevold (2001). Dette er en bok hvor hun tar for seg mange av de kjente sykepleieteoretikerne og kort presenterer grunntankene til de ulike. Jeg er klar over at Kirkevolds tolkning av Travelbee kan være subjektiv, men likheten med Travelbees egen bok er stor. Boken har vært til stor hjelp for meg for å klare å få en oversikt over Travelbees grunntanker og teori.

2.8 forskningsetiske overveielser

Når man skal formidle litteratur skrevet av andre, som jeg skal gjøre i litteraturstudien min, er det viktig å ha noen tanker om etikken rundt dette. Ved formidling av resultater og opplysninger fra annen litteratur er det viktig at jeg er kritisk til at jeg legger disse frem uten preg av egne tanker, holdninger og synspunkter. Og når det er mine egne tanker, holdninger og synspunkt er det også viktig at jeg tydelig formidler dette. Det er også viktig å referere til riktige referanser og ikke legge noe ”lånt” frem som om det skulle vært mitt eget arbeid.

Siden jeg bruker pasienthistorier fra praksis er det også viktig at jeg anonymiserer praksissteder og pasienter.

TEORIDEL

3.0 HJERTEINFARKT

3.1 Generelt om hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt er en irreversibel skade i myokardet på grunn av en vedvarende og alvorlig iskemi. Så å si alle hjerteinfarkt skyldes en trombose (blodpropp) i en av koronararteriene. Denne trombosen utløses gjerne ved at et aterosklerotisk plakk plutselig brister. Avhengig av hvor denne blodproppen dannes og om arterien tettes helt igjen eller ikke, vil et hjerteinfarkt ramme et større eller mindre område av hjertemuskelen (Mæland, 2011). Denne plutselige tilstoppelsen fører til at den tilhørende delen av hjertemuskelen ikke får tilført nok oksygen, og dør. Deretter vil det oppstå en betennelsesreaksjon der det døde muskelvevet i hjertet erstattes av bindevev. Generelle symptomer på hjerteinfarkt er blant annet klemmende brystmerter, kvalme og brekninger, engstelse og kaldsvette og dyspne. Kombinasjonen av brystmerter og brekninger er sikreste kliniske tegn på et hjerteinfarkt. Likevel er det viktig å huske på at hjerteinfarkt også kan opptre uten symptomer (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

3.2 To hovedtyper

Hjerteinfarkt deles ofte opp i to hovedtyper: hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI) og hjerteinfarkt med ST-elevasjon (STEMI). Hovedforskjellen mellom disse to er i hovedsak grav av tilstoppelse. Ved et NSTEMI er ikke blodtilførselen fullstendig okkludert, men likevel tilstrekkelig til å produsere synlig myokardskade. Denne diagnosen stilles på bakgrunn av; pasientens sykehistorie og beskrivelse av symptomer, EKG-forandringer, hjertemarkøren Troponin (stoffer som lekker ut av døde eller skadde hjertemuskelceller) og ultralyd av hjertet (Eikeland m.fl 2010)

Et STEMI derimot, er en tilstand karakterisert av oksygenmangel til hjertemuskelen på grunn av en trombe som okkluderer en koronararterie *helt*. Dette er en livstruende tilstand som krever akutt behandling på sykehus. Ved rask bedømmelse og tidlig behandling, kan hjertestans forebygges og mest mulig myokard bevares. Denne diagnosen stilles også ut fra symptomer, EKG og blodprøver for å påvise troponin stigning. Ved et STEMI er troponin

stigningen veldig høy. STEMI kan også føre til varierende grad av hjertesvikt (Eikeland m.fl 2010)

3.3 Forekomst

Nasjonalforeningen for folkehelse (2013) skriver at ca. 15 000 mennesker i Norge får hjerteinfarkt hvert år. Nær halvparten er under 70 år, og flesteparten er menn. I høyere alder rammes derimot flere kvinner enn menn (Mæland, 2011). Antall pasienter med hjertesykdom øker i omfang og dette er en pasientgruppe som man vil møte overalt i jobben som sykepleier. I dag er hjerte- og karsykdommer den vanligste dødsårsaken i Norge. Et akutt myokard oppleves ofte truende for pasienten, spesielt fordi sykdommen ofte kommer akutt og uten forvarsel. Hjertesykdom har også ofte vært forbundet med faren for plutselig død. For å forstå den enkelte pasients opplevelser og reaksjoner trenger sykepleiere kunnskap om krisereaksjoner og mestring av stress ved akutt og kritisk sykdom (Eikeland m.fl 2010)

4.0 TRYGGHET

4.1 Trygghet som begrep

Som jeg skrev innledningsvis er trygghet et komplekst fenomen, og et begrep med mange betydninger. Trygghet tilskrives ofte med en positiv ladning, og anses ofte som noe godt. Motpolen, utrygghet, er noe klart negativt. Sigmund Freud ser tryggheten som en del av nytelsesprinsippet. Menneskets fundamentale drivkraft er å søke belønning og unngå straff. Trygghet kan her ses på som en nytelse som bidrar til at vi har det godt. Abraham Maslow benytter seg også av trygghet i sin motivasjonsteori. Maslows behovspyramide er en trapp av behov som alle mennesker har. På nederste trappetrinn finner vi våre basale behov; mat, drikke, søvn, varme, klær og tak over hodet. Når disse behovene er oppfylt, kan man gå opp ett trappetrinn hvor man finner behovet for trygghet. Maslow beskriver trygghet som sikkerhet, stabilitet, beskyttelse, frihet fra redsel, angst eller kaos, orden og struktur (Segesten, 2010). Jeg synes Maslows behovspyramide godt gjenspeiler hvor viktig behovet for trygghet faktisk er for oss mennesker. Desto viktigere er det at vi som sykepleiere husker på og anser trygghet som et viktig sykepleiemål ved utøvelse av sykepleie.

4.2 Utrygghet hos pasienter generelt

Segesten (2010) skriver at den utrygghet som helseproblemer forårsaker, ikke kan ses på som et isolert fenomen. Det vil være et samspill mellom grunntryggheten og de ytre forutsetningene. Altså, et samspill mellom utrygghet skapt av sykdom og behov for sykepleie, og den utrygghet som fins i den enkeltes liv på samme tidspunkt. En person med en turbulent og utrygg tilværelse når det kommer til jobb, økonomi eller relasjoner, vil med stor sannsynlighet føle enda stor utrygghet dersom helsen også svikter.

Utrygghet og engstelse hos pasienter generelt, kan komme av flere ting. Det kan forårsakes av svikt i vitale funksjoner som f.eks respirasjon og sirkulasjon. Både opplevelsen av å ikke få puste og akutt sirkulasjonssvikt, som et hjerteinfarkt, oppleves truende og kan skape en redsel for å dø. I tillegg kommer ofte bekymringer for familie, yrkeslivet og fremtiden. Utrygghet kan også skyldes smerter, ubehagelige prosedyrer, undersøkelser og behandlingstiltak som for eksempel kirurgi. Kritisk syke pasienter kan også bli utrygg av å være omgitt av mye teknisk utstyr, mens over tid vil pasienten derimot kunne utvikle en avhengighet til utstyret og føle

utrygghet ved avvenning eller når utstyres fjernes. Noen pasienter kan bli utrygg når personalet ikke er til stede. De kan være redd for at tilstanden skal forverres uten at personalet får dette med seg. Samtidig kan pasienter være skeptisk og utrygg på nye sykepleiere de møter, og de kan være usikker på deres kompetanse og om de vil kunne ivareta og pleie på en god måte. Manglende stabilitet i en sykehushverdag kan også være en belastning. Blant annet det å bli flyttet fra pasientrom til pasientrom kan oppleves som utrygt (Stubberud, 2013).

Som vi ser her er trygghet og utrygghet et veldig komplekst og personlig fenomen, og det er så forskjellig fra pasient til pasient hva som kan skape både trygghet og utrygghet. Derfor tror jeg også dette behovet kan være utfordrende å dekke for sykepleiere i en hektisk sykehushverdag, men dog veldig viktig. Jeg tror også at det er nettopp derfor det er viktig å finne noen fellestrekk som gjelder for de fleste pasienter, og jobbe ut fra det.

5.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI

5.1 Kort om Travelbee

Joyce Travelbee ble født i USA i 1926, og var ferdig med sin sykepleierutdanning i 1946. Etter endt utdanning jobbet hun i hovedsak som psykiatrisk sykepleier, og som lærer i sykepleierutdanningen. Hun døde ung og ble bare 47 år gammel. Ved sin død var hun blitt leder for sykepleierutdanningen der hun jobbet, og hadde også begynt på en doktorgradsprogram i Florida som hun aldri fikk fullført (Travelbee, 2001). Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor pasient og sykepleier er likeverdig. Hun er opptatt av en menneske-til-menneske relasjon hvor sykepleier anerkjenner pasient som et unikt og uerstattelig individ. Kommunikasjon er her et veldig viktig middel for å opprette dette forholdet (Eide & Eide, 2007). Travelbee tar sterk avstand fra begrepene pasient og sykepleier fordi dette skaper stereotyper og kategorier. Hun sier at i virkeligheten finnes det ingen pasienter, bare unike enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp (Travelbee, 2001).

Selv om Travelbee tar sterk avstand fra begrepene sykepleier og pasient, må jeg påpeke at begge disse begrepene blir brukt i denne oppgaven.

5.2 Sykepleiedefinisjon

Joyce Travelbee har definert sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).

Sykepleie er en prosess, og med dette menes en erfaring eller en serie av hendelser som skjer mellom sykepleier og de individer som har behov for den hjelpen en sykepleier kan gi. Det understreker at sykepleiesituasjoner er dynamisk og alltid under utvikling og forandring (Travelbee, 2001)

Når jeg leste om de forskjellige sykepleieteoretikerne, var det Travelbees definisjon på sykepleie som traff meg og som jeg tenkte kom til å bli relevant i denne oppgaven. Hun

legger vekt på ordet *mestring*, og som jeg skrev innledningsvis tror jeg mestring og trygghet er to begrep som henger nøye sammen.

5.3 Menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon

Som jeg skrev tidligere er en av grunntankene til Travelbee, at sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er et middel for å klare å oppfylle den sykes behov for pleie. Et menneske-til-menneske-forhold kan bare eksistere mellom to konkrete og unike personer, og ikke mellom generelle roller (pasient og sykepleier). Menneske-til-menneske-forholdet etableres etter flere gjennomgåtte interaksjonsfaser. Etter hvert som interaksjonen skrider frem, vil både den sykes og sykepleiers identiteter og personligheter komme til syne for hverandre og stereotyper man hadde fra før vil forsvinne. Den siste fasen er en gjensidig forståelse og kontakt mellom de to personene. Denne fasen er karakterisert av at man deler tanker, følelser og holdninger. Et av de viktigste redskapene en sykepleier har for å skape dette forholdet, er kommunikasjon. Travelbee beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess hvor en deler tanker og følelser. Det er også en forutsetning for å oppnå sykepleiens hensikt, nemlig å hjelpe pasient til å mestre sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene. Det å ikke oppfatte pasienten som et unikt menneske, kan forstyrre kommunikasjonen (Kirkevold, 2001).

En effektiv bruk av kommunikasjon innebærer å bruke seg selv terapeutisk. Når sykepleier bruker seg selv terapeutisk, tar hun i bruk personlighet og kunnskaper bevisst for å skape forandring hos den syke. Denne forandringen hos den syke betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager. Det handler om å bruke egen personlighet målrettet for å etablere et forhold til den syke, og dermed bedre kunne strukturere sykepleieintervensjonene (Travelbee, 2001).

5.4 Lidelse som personlig fenomen

Travelbee sier at lidelse er en del av det å være menneske, og alle vil før eller siden erfare hva lidelse er. Lidelse er ofte knyttet til sykdom, og er et svært personlig fenomen. Alle opplever lidelse på sin egen unike måte. Den syke har holdninger og følelser overfor sykdommen. Derfor er det absolutt nødvendig at sykepleier setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom. Dette er et område som Travelbee mener er forsømt av de fleste

sykepleiere. Det vil ikke være mulig å hjelpe en person til mestring av sykdom og lidelse, hvis sykepleier er helt uvitende om hvordan den syke selv stiller seg til sykdommen (Travelbee, 2001). En persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere for sykepleier å forholde seg til, enn diagnose eller vurderinger som sykepleier eller andre helsearbeidere foretar (Kirkevold, 2001).

Det er viktig at sykepleieren forstår sykdom som menneskelig erfaring, og ikke bare se tegn og symptomer, prognose og behandling. For å kunne gi omtenksom omsorg til syke mennesker må man forstå begrepet sykdom som en erfaring hvert enkelt menneske gjennomgår. Å være syk er blant annet å oppleve de utallige og skiftende følelsesmessige reaksjonene som følger en sykdomstrussel. Det er en opplevelse av å være totalt sårbar, ensom, redd og frykt for at ens egen utilstrekkelighet og mangel på mot skal avsløres av andre. Det betyr endrede prioriteringer, hvor det som man tidligere tok for gitt, nå blir det aller viktigste. Sykdom og lidelse er ensomme erfaringer. Det er den profesjonelle sykepleiers oppgave å forsøke å forstå hva sykdom og lidelse betyr som menneskelige erfaringer hos hver enkelt pasient (Travelbee, 2001).

Som jeg skrev i teoridelen om trygghet, er trygghet et utrolig komplekst og personlig fenomen. Nettopp derfor er det viktig at vi forsøker å se lidelse som et personlig fenomen hos hver enkelt pasient, for å kunne utøve best mulig sykepleie. Og for å klare dette tror jeg det **må** være en god relasjon og kommunikasjon til stede mellom pasient og sykepleier.

DRØFTINGSDEL

6.0 TO PASIENTHISTORIER

6.1 Case 1

Etter min praksis på en medisinsk hjerteavdeling, er det spesielt to pasienter som har satt seg i minnet. Begge hadde hatt hjerteinfarkt, og begge hadde også kommet til oss fra et større sykehus i Norge hvor de hadde fått PCI behandling. Disse to pasientene står for meg som to eksempler på hvor forskjellig engstelse etter et infarkt kan utarte seg. Den ene pasienten var en enslig eldre dame rundt 70 år, og var i lang tid blant personalet på avdelingen klassifisert som en litt ”vanskelig” pasient som ringte på snora i ett kjøp. Informasjonsbehovet hennes var veldig stort, og legevisitten tok evigheter. Hun stod for meg som en pasient som hadde et stort behov for å ha kontroll over situasjonen, og vite med nøyaktighet videre forløp. I dette tilfellet forstod jeg raskt at det måtte ligge noe mer bak, og det bekreftet hun også gjennom samtale. Hun fortalte at hun opplevde hjerteinfarktets svært dramatisk, og at det virkelig hadde satt en støkk i henne. Og selv om hun følte seg i gode hender på sykehuset, var hun svært redd. Hun fortalte at for hver gang hun følte at hjertet slo annerledes, eller kjente noe stikking eller annen smerte i hjertet slo angsten inn over henne.

6.2 Case 2

Den andre pasienten var en yngre mann i begynnelsen av 50-årene. Han hadde 4 barn hvor den minste bare var tre år, og var direktør for et firma. Jeg oppfattet han som blid og hyggelig, men kanskje litt stille av seg. Jeg tenkte derimot ikke noe annet enn at han hadde det bra etter omstendighetene. Det var bare tilfeldigheter som gjorde at jeg, gjennom en lengre samtale med denne pasienten ved en sykepleieprosedyre, plukket opp engstelsen. Jeg spurte ganske direkte om opplevelsen av hjerteinfarktets og han fortalte om en dødsangst han hadde kjent på etter at han fikk bekreftet hjerteinfarkt hos fastlege etter å ha følt seg dårlig en natt. Han fortalte om tankene som surret i ettertid; ” Enn hvis jeg aldri mer hadde våknet den natten”. På grunn av barna ble disse tankene enda vanskeligere for han. Han var også plaget av bekymringer i forhold til fremtiden, og spesielt i forhold til jobb. Ville han klare å fortsette som før i en jobb som krevde mye av han? Han fortalte at han strevde med å få sove på nettene på grunn av alle tankene som surret. Verken denne engstelsen han følte på, eller vanskelighetene med å få sove hadde han nevnt til annet helsepersonell på avdelingen.

6.3 Betraktninger over pasienthistoriene

Det var etter å ha sett engstelsen hos disse to, jeg begynte å legge merke til hvor lite flink vi var til å ivareta det psykiske aspektet ved å være kritisk syk. Og det var også da jeg la merke til hvor lite kunnskap jeg selv hadde om dette temaet. Foruten om å være en samtalepartner og en lytter, ante jeg ikke hvordan jeg kunne hjelpe disse til å føle seg tryggere. Det var også derfor jeg bestemte meg for å skrive om dette i min bachelor.

Gjennom min praksis og mine møter med engstelige pasienter, har jeg inntrykk av at veldig mange har hodet fulle av spørsmål de ikke har fått svar på. Det kan handle om alt mulig fra medisiner, behandling, videre forløp, hjemreise og tiden etterpå. Dette bekrefter Hanssen m.fl (2005). Noen vil gjerne at vi sykepleierne skal være der hele tiden, i frykt for at noe skal skje som vi ikke klarer å oppfatte. Jeg har inntrykk av at mange føler seg veldig usikker, både psykisk og fysisk, og opptrer forsiktig deretter. Jeg har også inntrykk av at de som er engstelig etter et hjerteinfarkt, i stor grad er dem som ikke helt har godtatt og som ikke mestrer situasjonen. Både Hupcey (2000) og McKinley m.fl (2002) bekrefter dette ved å skrive at det å få tilbake en følelse av kontroll, skapte trygghet for pasientene. Jeg har også snakket med pårørende som er usikker og som føler seg lite inkludert. Jeg kan se for meg at usikkerheten både hos pårørende og hos pasient kan smitte over på hverandre, og skape enda mer usikkerhet. Håpet er også noe som har gått igjen i samtaler med pasientene; ”jeg håper jeg snart skal få dra hjem”, ”jeg håper jeg kommer til å føle meg som før igjen” og ”jeg håper jeg klarer meg i jobben, slik som før”. Jeg har også oppfattet at selv om rehabiliteringen går fint, og vi helsepersonell ser på hjerteinfarkt som noe ufarlig, kan dette være stikk i strid med pasientenes egne tanker og følelser omkring dette. Derfor tenker jeg at det er så veldig viktig, som Travelbee (2001) sier, å huske på at lidelse er et personlig fenomen. Vi bør derfor i stor grad tilstrebe dette menneske-til-menneske-forholdet slik at vi kan få et innblikk i pasientenes egentlige tanker.

7.0 FØLELSESMESSIGE PÅKJENNINGER VI OFTE SER HOS PASIENTER MED GJENNOMGÅTT HJERTEINFARKT

En erfaren kardiolog har sagt en gang; ”etter et infarkt har pasienten større problemer i sinnet enn i hjertet” (Mæland, 2006, s. 45). Dette syns jeg stemmer godt med de to møtene med engstelige pasienter som jeg har beskrevet ovenfor. Selv om de fysisk og medisinsk sett ble sett på som i god form og godt i gang med rehabilitering, hang hodet og tankene litt etter. Denne uttalelsen understreker også hvor viktig det er å forstå hjerteinfarkt som en *total* opplevelse for pasienten og den nærmeste familie. Det er viktig å forstå at de psykologiske reaksjoner etter hjertesykdom er forskjellig, slik som alle pasienter er forskjellige. Ved alvorlig sykdom, som f.eks et hjerteinfarkt, er det derimot normalt å få følelsesmessige reaksjoner. Et hjerteinfarkt inntreffer ofte plutselig, og uten forvarsel. Smertene kan være intense, ledsaget av dødsangst. Innleggelse på sykehuset skjer ofte på en dramatisk måte og overvåkingsavdelingen kan virke skremmende. I tillegg er diagnosen også fryktet. Alt dette vil utgjøre trusler for pasienten (Mæland, 2006). Denne beskrivelsen kjenner jeg spesielt godt igjen fra historien som pasienten i case 2 fortalte.

Også for den nærmeste familien kan hjertesykdom bli en stor følelsesmessig belastning. Familie kan også oppleve sjokk og usikkerhet på samme måte som pasienten. Noen ganger kan det til og med oppleves verre, fordi pasienten er den som får all oppmerksomhet. Familie har like mye behov for informasjon og emosjonell støtte som pasienten. Mange ektefeller føler stort ansvar og blir gjerne overbeskyttende, noe som foster irritasjon hos mange pasienter. Dårlig kommunikasjon om hverandres følelser kan også gjøre forholdet mer anstrengt (Mæland, 2006)

McKinley m.fl (2002) fant i sin studie at begrepet sårbarhet var det som best beskrev dette med å være kritisk syk innlagt på sykehus. Sårbarheten som pasientene følte var relatert til opplevelsen av å være fullstendig avhengig av personell, og deres egen inabilitet til å møte deres egne behov. Når pasientene ikke visste hva som skjedde med og rundt dem, når deres behov ikke ble imøtekommet, når omsorg og pleie var upersonlig og når de ikke fikk ha familien rundt seg følte de utrygghet, usikkerhet, frykt og engstelse.

Hupcey (2000) fant i sin studie at det største behovet pasientene innlagt på en intensivavdeling hadde, var å føle trygghet. Tryggheten var i stor grad relatert til

sykepleierens handlinger, om de møtte deres personlige behov. Mange pasienter følte også en tap av kontroll, både på det fysiske og psykiske aspekt. Pasientene opplevde det som skremmende å miste kontrollen på sitt eget liv, noe som førte til usikkerhet og utrygghet. Å opprettholde håpet var derfor kjempeviktig, og både familie, venner og helsepersonell var her en viktig innflytelse.

Både sårbarheten og opplevelsen av å miste kontrollen over eget liv, kjenner jeg igjen fra pasientfortellingene beskrevet ovenfor.

8.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER BIDRA TIL TRYGGHET?

8.1 Individualisert informasjon kan skape trygghet

Mæland (2011) sier at kunnskap er makt, og pasientinformasjon må være basis for all hjerterehabilitering. I tillegg til smertene og plagene, er det mye usikkerhet rundt sykdom, og for mange blir denne uvissheten en større byrde enn de fysiske plagene. Pasientinformasjon må ta sikte på å redusere denne usikkerheten så godt det lar seg gjøres. Informantene i studien til både Hupcey (2000), McKinley m.fl (2002) og Wassenaar m.fl (2014) bekrefter at informasjon og det å vite hva som foregikk rundt dem, i stor grad bidro til trygghet.

Mye av utryggheten både hos pasient og pårørende er bunnet i engstelse på grunn av lite og feilaktig kunnskap om sykdommen og dens konsekvenser. Mens den faglige utviklingen innen medisin har gått fremover med stormskritt, henger fremdeles tidligere oppfatninger av hjertesykdom igjen blant folk flest. På grunn av dette har pasientinformasjon etter hvert blitt et viktig element i hjerterehabilitering. Når noe dramatisk skjer vil alle begynne å lete etter en mening, og allerede tidlig har pasientene dannet seg et bilde av sin egen sykdom og situasjon. De har selv konstruert forklaringer, og også forestillinger om hva som vil komme til å skje videre. *Dette er pasientens opplevde sykdom.* Det er viktig å være klar over at forklaringer og forventninger danner seg tidlig, allerede under sykehusoppholdet, og de har en tendens til å feste seg. Derfor bør informasjonen starte tidlig med å etablere et realistisk indre bilde av sykdommen (Mæland, 2006). Dette samsvarer også med det Travelbee (2001) sier om å forstå lidelse som et personlig fenomen. Jeg tror ikke det vil være mulig å hjelpe en person til mestring av sykdom og lidelse, dersom sykepleier er uvitende om hvordan den syke selv forstår og opplever sin sykdom.

Dag Kullerud (2011) har gitt ut en bok om hans tanker og erfaringer ved å ha opplevd et hjerteinfarkt. Der sier han blant annet noe om informasjonsbehovet;

Jeg var neppe en enkel pasient. Informasjonsbehovet var umettelig. Andre pasienter ville helst ikke vite noe. Eller de våget ikke å spørre, fikk seg ikke til det. De tok legevisitten til etterretning. Personalet bør være oppmerksom på denne gruppen, fordi de alt for ofte sitter igjen med spørsmål de ikke har fått svar på. Dette kan være forskjellen på en god eller en dårlig dag for en pasient (Kullerud, 2011, s. 63).

Dette er noe som jeg selv kjenner igjen fra praksis. Jeg har inntrykk av at de pasientene som ikke selv er pågående og spør om det de lurer på, de får heller sjeldent den informasjonen de trenger. Dette bekrefter også studien gjort av Hansen m.fl (2005) hvor informantene følte at informasjonsbehovet ble for dårlig ivaretatt. Noen av informantene følte at de selv måtte ha en aktiv rolle for å få den informasjonen de trengte. Slik som Travelbee (2001) presiserer, er hver pasient forskjellig. Jeg tror at for noen pasienter faller det seg ikke naturlig å åpne seg opp og spørre om alt det de lurer på. Informantene forklarte også at på grunn av en stressende sykehushverdag med mye som hele tiden skjedde rundt dem, følte de at det kunne være vanskelig å klare å tenke gjennom hva de selv ønsket mer informasjon om. Derfor tror jeg det er veldig viktig at det er vi som sykepleiere som må ha en aktiv rolle i forhold til å gi informasjon, og ikke forvente at pasientene selv tar på seg den rollen.

Hansen m.fl (2005) fant også at informasjonen pasientene fikk under sykehusoppholdet, opplevdes som svært generell. Pasientene savnet mer individualisert informasjon. Mæland (2011) skriver at man må skille mellom det å vite noe om en sykdom i alminnelighet, og det å vite noe om *egen* sykdom. Travelbee (2001) sier at sykepleiere må se på hver enkelt pasient som et unikt individ. Dermed mener jeg at informasjonen som gis også må ta utgangspunkt i dette. Når jeg ser på mine to pasienthistorier, slår det meg hvor viktig det er med individualisert informasjon i tillegg til standard informasjon om diagnosen. En gift småbarnsfar i 50 årene vil mest sannsynlig ha helt andre spørsmål og fokus på diagnosen, enn hva en enslig dame på 70 år vil ha. Selv om de har samme diagnose, er det viktig som Travelbee (2001) sier, å forstå sykdom som en individuell menneskelig erfaring. Individualisert kunnskap kan ofte oppleves som viktigere enn den informasjonen som bygger på en teoretisk forståelse. I mangel på konkret informasjon om egen sykdom, overlates pasientene til å gjette. Mange skremmende misforståelser kan oppstå på grunn av dette. Pedagogisk sett er individualisert undervisning den beste måten å gi informasjon på. Slik undervisning åpner opp for en toveiskommunikasjon, noe som er svært viktig. I tillegg kan denne kontakten med behandler virke beroligende og støttende (Mæland, 2011).

8.2 Inkludering av pårørende, og hvordan man kan bruke pårørende som en ressurs

Hvis vi ser på Joyce Travelbees (2001) sykepleiedefinisjon, legger hun stor vekt på ivaretagelse av familie, og sier at sykepleiere skal hjelpe både individet og familien med å mestre erfaring med sykdom og lidelse.

Som skrevet tidligere er et hjerteinfarkt noe som også påvirker pårørende i stor grad, og de trenger også å bli ivaretatt i denne situasjonen (Mæland, 2011). Ifølge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer *skal* vi samhandle med pårørende, vise dem respekt og omsorg (Stubberud, 2013). Jeg har inntrykk av at pårørende ofte kan være like engstelig som den innlagte pasient. Dette tror jeg rett og slett skyldes for lite ivaretagelse og informasjon fra helsepersonell.

Jeg tror at engstelse hos en av partene, fort kan smitte over på den andre. Derfor tror jeg at ivaretagelse av både pasient og pårørende kan være en viktig del i arbeidet for trygghet hos pasienter. Stubberud (2013) skriver at pårørende i de fleste tilfeller utgjør en viktig ressurs for pasienter med kritisk sykdom. De kan blant annet være med på å fremme emosjonell kontroll ved å fremme trygghet, håp og motivasjon. Dette bekrefter også Wassenaar m.fl (2014) og Hupcey (2000) sine studier. Noen av informantene beskrev at de ofte følte ensomhet og engstelse når deres familie ikke var til stede sammen med dem. Det å føle at de hadde en familie som brydde seg og som var der for dem, skapte trygghet. Støtte fra familie var veldig viktig for å forbedre pasientens livskvalitet i tiden innlagt på sykehus.

Mulighetene for at pårørende skal være en ressurs for pasienten, avhenger av hvordan de selv mestrer situasjonen. Målet for sykepleieren må være å hjelpe pårørende til å mestre situasjonen, slik at de kan være en ressurs for pasienten. For å kunne klare å hjelpe pårørende til mestring må man skape et tillitsforhold hvor vi får kunnskaper om også deres opplevelser og behov. I relasjon til pårørende må sykepleier være åpen og medfølelse i pårørendes situasjon. Dessverre er ofte helsepersonell for lite oppmerksomme og lite interessert i å finne ut hvordan de har det og hva de trenger. (Stubberud, 2013).

Pårørende har et stort behov for kontinuerlig informasjon om pasientens tilstand og behandling for selv å skulle mestre situasjonen de er i, og de bør trekkes aktivt inn i rehabiliteringen helt fra sykehusoppholdet. Pårørende kan ha ulike behov for hvor detaljert informasjonen skal være, men de ønsker som regel informasjon om tilstand, behandling og

prognose. I tillegg kan sykehusmiljøet for noen oppleves som skremmende og fremmed, og pårørende kan føle seg som en utenforstående når de er på besøk. (Stubberud, 2013). Jeg tror at ved å ta seg tid til pårørende når de er på besøk, ved å være imøtekommende og gi nok informasjon om pasientens tilstand, vil det kunne bidra til at de føler seg tryggere i sykehusmiljøet og i større grad være en ressurs for den engstelige pasienten.

Pasienten i case 2 opplevde en ganske dramatisk innleggelse på sykehus under sitt hjerteinfarkt. I tillegg slet han i ettertid med tanker om ”enn hvis”. Jeg møtte aldri pårørende til denne pasienten. Likevel kan jeg se for meg at innleggelsen og ikke minst pasientens egne tanker om dette, kan virke skremmende for kona og småbarnsmoren som ble sittende tilbake. Jeg ser for meg at kona også kunne vært plaget med egne tanker og en redsel for å skulle bli alene med barna. I denne situasjonen tenker jeg at det hadde vært spesielt viktig å ta seg tid til henne ved besøk på sykehuset. Ved å gjøre situasjonen tryggere, kunne kanskje hun vært en større ressurs for å skape trygghet hos pasienten.

8.3 Et menneske-til-menneske-forhold som gir rom for individuell omsorg og pleie

Jeg var trygg når hun var i nærheten i nattetimene. Hun var en gjest i min verden, men satt ved sengekanten som en av mine kjæreste. Hennes nærvær, nattestid som dagtid, var lindrende (Kullerud, 2011, s. 59).

Slik beskriver Dag Kullerud (2011) sykepleieren. Å være akutt syk kan oppleves som en svært sårbar opplevelse (McKinley m.fl, 2002), og et stort behov disse pasientene har, er å føle trygghet (Hupcey, 2000).

Jeg tror at for å kunne ivareta pasientenes psykososiale behov, i dette tilfelle trygghet, må man som Travelbee (2001) sier sette seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom. For å klare dette tror jeg det bør være et såkalt menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient, hvor man kjenner hverandre såpass godt at man kan dele sine tanker og følelser. Gjensidig tillit tror jeg er viktig her. Folk er forskjellige. Pasienten i case 1 var relativt åpen om sin engstelse. Derimot tror jeg ikke pasienten i case 2 hadde delt opplevelsen av engstelse med meg, hadde det ikke vært for en lengre samtale hvor vi begge

delte av oss selv. Og det har jeg også stor forståelse for. Det ville føltes svært unaturlig for meg å dele mine sårbare følelser og tanker for noen jeg ikke hadde tillit til.

Stubberud (2013) skriver at pasienter opplever sykepleier som omsorgsfull når hun viser at hun bryr seg om dem som et medmenneske, og ikke bare som pasient. Man bør tilstrebe å lære pasienten å kjenne som et medmenneske, og ikke som en pasient. En viktig del av den mellommenneskelige dimensjonen av sykepleieprosessen, er å skape en relasjon til pasienten. Sykepleier må være imøtekommende for å skape et tillitsforhold, og prøve å sette seg inn i pasientens situasjon. Dette bekrefter både studien til Hupcey (2000), Wassenaar m.fl (2014) og McKinley m.fl (2002). Hupcey skriver at det å ha tillit til, og stole på sykepleierne, var helt essensielt for at pasientene følte trygghet. Denne tilliten hang sterkt sammen med om sykepleierne møtte deres individuelle behov ved pleie, og om pasientene følte at sykepleierne genuint brydde seg om dem. Hupcey konkluderer blant annet med at sykepleiere kan skape mye trygghet bare ved å skape et mer personlig forhold til pasientene. Wassenaar m.fl (2014) fant at personlig pleie fra sykepleier i stor grad bidro til trygghet. Omvendt førte upersonlig pleie til utrygghet. McKinley (2002) fant som Wassenaar m.fl (2014) at personlig pleie fra sykepleier var viktig for å føle trygghet. "Vanlige samtaler" hvor man kalte hverandre med fornavn, og det å få sine personlige ønsker for pleie oppfylt fikk pasientene til å føle seg som et menneske og ikke et objekt som var inne for behandling

For å kunne skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, og derav kunne gi en mer individuell pleie, tror jeg det er viktig å lære pasienten å kjenne. Stubberud (2013) sier at dette innebærer å kjenne til pasientens historie, å vite hva pasienten vil, hva han ønsker og derav ta hensyn til dette. Individuell pleie krever kunnskap om pasienten, hva er spesielt med akkurat denne pasienten? Sykepleier må ha evne til å oppfatte pasienten bak diagnosen. Sykepleier må også møte pasienten med en positiv holdning. Hvis møtet oppleves negativt, kan det gjøre det vanskelig å snakke åpent om sine problemer og behov. Jeg tror kommunikasjon er et viktig stikkord her. Travelbee (2001) sier at en effektiv bruk av kommunikasjon innebærer å bruke seg selv terapeutisk. Dette vil si at sykepleier tar i bruk egen personlighet og kunnskaper målrettet for å etablere et forhold til den syke.

8.4 Hjelp til mestring og derav trygghet

Alle punktene ovenfor er forhold jeg mener bidrar til mestring og derav trygghet for engstelige pasienter. Likevel ønsker jeg et eget punkt for mestring, for å skape en bedre forståelse for hva mestring er og hvor viktig dette er for at en pasient skal føle trygghet. Begrepet mestring er også et veldig viktig begrep i sykepleiedefinisjonen til Travelbee (2001), og understreker derfor at vi bør ha en større forståelse for dette.

I dagligtale brukes ordet mestring synonymt med uttrykk som å klare seg, greie seg og det å få til noe. Mestring dreier seg ofte om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner. I faglitteraturen oppfattes mestring som summen av de indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter den enkelte bruker for å blant annet beherske og tolerere de ytre og indre belastninger vedkommende er utsatt for (Reitan, 2010). I tilfellene jeg beskriver vil disse belastende livssituasjonene være forårsaket av et gjennomgått hjerteinfarkt. Jeg tror de fleste vil kunne være enige om at det å oppleve et hjerteinfarkt vil føre til stress i større eller mindre grad. Jeg tror mye av det stresset infarktpasienter kan kjenne på, ofte kan stamme fra følelsen av å være engstelig og utrygg i en krevende situasjon. Reitan (2010) skriver at stress og mestring er knyttet nøye sammen. Alvorlig og kronisk sykdom vil alltid føre til stress. I forbindelse med den første tiden er det spesielt formidling av diagnose, behandlingsstrategier og prognose som utløser stress. Mestring er derimot ikke motpolen til stress, men en stresssituasjon er preget av at personen ikke finner fram til egen mestring. Jeg tror at en stressfylt og utrygg situasjon, i tillegg til en følelse av manglende mestring, kan være en stor årsak til at noen pasienter kan føle utrygghet etter et hjerteinfarkt. Dette bekrefter også Wassenaars m.fl (2014) og Hupcey (2000). I deres studier beskrev informantene at tap av kontroll over situasjonen førte til stress, engstelse og redsel. Videre beskriver både Hupcey (2000) og McKinley m.fl (2002) at det å vite hva som foregikk med og rundt dem, og få tilbake en følelse av kontroll, skapte trygghet. Å vite hva som skjedde med dem var beroligende og hjalp dem å komme seg gjennom en vanskelig situasjon. I forhold til valgt definisjon av begrepet mestring i kapittel 1.5, har jeg tolket studienes bruk av begrepet ”å ha kontroll over situasjonen” som det å mestre situasjonen. Informantene beskrev at ved å mestre situasjonen, følte de trygghet.

Så hvordan kan vi hjelpe pasientene til å mestre situasjonen bedre? Hupcey (2000) og McKinley m.fl (2014) skriver at det å vite hva som foregikk med og rundt dem, gav dem tilbake en følelse av kontroll og derav trygghet. Reitan (2010) sier at å styrke pasientens

kognitive mestring har som mål å gjøre situasjonen forståelig og forutsigbar. På denne måten kan pasientens forberede seg mentalt på ulike handlinger, og dette er en mestringsstrategi som er mye brukt. Å være mentalt forberedt styrker mestringsevnen, men her er det også en forutsetning at pasienten får tilgang til informasjon og kunnskaper. Hensikten med god informasjon er at pasientene skal få en kontroll over og innsikt i det som skjer rundt dem, slik at situasjonen skal føles mer forutsigbar og trygg. Dette bekrefter også Hupcey (2000).

Her er det igjen understreket i litteraturen hvor viktig pasientinformasjon er for å skulle klare å mestre en vanskelig situasjon. Jeg ser at begrepene mestring og informasjon ofte er knyttet sammen i litteraturen. Det er som Mæland (2011) sier; informasjon bør være basis i all hjerterehabilitering. Dette mener jeg kanskje er den viktigste sykepleieoppgaven vi har, i møte med engstelige og utrygge pasienter.

8.5 Hvordan håpet kan bidra til mestring og trygghet

Som skrevet i kapittel 6.3 er håpet noe som har gått igjen i mine samtaler med pasientene på hjerteavdelingen. Liksom pasientene er forskjellig, er håpet de har også forskjellig. Hos pasient i case 1 var hennes største ønske og håp at hun skulle klare å komme seg hjem igjen, og at engstelsen for et nytt hjerteinfarkt ikke skulle styre livet hennes. For pasient i case 2 bestod håpet om at livet skulle bli som før, og at han skulle klare å fortsette i en jobb som krevde mye av han. Jeg tror det å bevare håpet, er en kjempe viktig del av det å skape trygghet. Gjennom å håpe at tilstanden skal endre seg og/eller bli bedre, tror jeg pasientene i større grad vil klare å mestre en vanskelig situasjon som et hjerteinfarkt kan være.

Ifølge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer *skal* sykepleier understøtte håpet hos pasienten. Håp er en del av menneskers utvikling og er en kilde til mening i livet. Det kan være en følelse av det en ønsker, en følelse av det mulige. Håp er det motsatte av håpløshet, som er tap av livsvilje. Pasienter som har håp, kan være i stand til å mestre vanskelige fysiske og emosjonelle situasjoner, og vil ha ressurser til å kjempe. Håp kan bidra til å mobilisere energi i kritiske situasjoner, og kan være en motiverende faktor for å hjelpe pasienter til mestring (Stubberud, 2013). Dette bekrefter funnene i Hupceys (2000) studie. Han fant at håpet var et av fire store tema ved spørsmålet om hvilke psykososiale behov pasienter innlagt på intensivavdeling hadde. Å opprettholde håpet var viktig, for det å være håpløs betydde det

samme som å gi opp. Håpet kom ikke bare fra en selv, både familie, venner og ansatte bidro i stor grad til å holde håpet oppe. Informantene beskrev at håpet var det de trengte for å klare å komme seg gjennom akutt/kritisk sykdom, og klare å se mot fremtiden.

Lohne (2010) skriver at det i all sykepleieomsorg ligger et framtidsperspektiv, og det er viktig å støtte pasienten til å erkjenne at en positiv framtid er mulig. Håpet produserer helende prosesser i pasientene, og sykepleiere står i en strategisk posisjon for å kunne fremme håp. Derfor bør sykepleieren tilegne seg kunnskaper om hva håp betyr for den enkelte pasient, og hvordan det er mulig, på bakgrunn av denne kunnskapen, å styrke eller verne om deres håp. Gjennom å styrke og verne om pasientenes håp tror jeg pasientene i større grad kan føle mestring og trygghet i en vanskelig situasjon.

9.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvilke faktorer som kan fremme trygghet hos pasienter som er engstelige og utrygg etter et hjerteinfarkt, innlagt på sykehus. Dette var et tema jeg valgte etter min medisinske praksis på en hjerteavdeling, hvor jeg la merke til at ivaretagelsen av denne pasientgruppens psykiske behov var manglende. Jeg følte også at min egen kunnskap om dette temaet ikke strakk til.

Gjennom litteratur, refleksjon over egne pasienthistorier og kanskje spesielt forskningsartiklene, har jeg fått en mye større forståelse av hvordan pasientene opplever et hjerteinfarkt. Jeg føler også at jeg har fått mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan møte denne pasientgruppen, og hvilke faktorer som er viktig for at pasientene skal oppleve god sykepleie. Jeg tror jeg vil få bruk for det jeg har lært, ikke bare i møte med pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, men også andre pasientgrupper som opplever utrygghet på sykehus.

Et hjerteinfarkt er en følelsesmessig påkjenning, og for noen pasienter kan det føre til stor utrygghet. Gjennom litteratur har jeg funnet flere faktorer som kan bidra til trygghet. Nok informasjon og individualisert pasientinformasjon er kjernen for å skape trygghet. Sykepleier bør ha en aktiv rolle i forhold til å gi informasjon. Uten konkret informasjon overlates mye til fantasien, og mange skremmende misforståelser kan oppstå på grunn av dette. Gjennom å inkludere pårørende kan vi hjelpe pårørende til mestring og trygghet, og de vil i større grad kunne være en ressurs for pasienten. Sykepleier bør lære pasienten å kjenne, og skape et tillitsforhold, for å i større grad kunne gi mer individuell omsorg. Gjennom å opprettholde og styrke pasientens håp, kan dette bidra til mestring av en vanskelig situasjon. Gjennom litteraturen jeg har brukt fant jeg også at begrepet mestring og informasjon ofte var knyttet sammen, og jeg tror informasjon kanskje er den viktigste sykepleieoppgaven vi har i møte med engstelige og utrygge pasienter.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Blix, E.S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red). *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Selvvalgt litteratur

Antall sider selvvalgt pensum: 407

- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E. & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European journal of cardiovascular nursing*, 4(1), 37-44. **(8 sider)**
- Hopen, L. (2010) Læring og mestring ved langvarig sykdom. I: Knutstad, U. (red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. **(25 sider)**
- Hupcey, J. E. (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of nursing scholarship*, 32(4), 361-367. **(7. sider)**
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk (s. 113-127, **15 sider**)

- Kullerud, D. (2011). *Syk i hjertet. En studietur i menneskets viktigste muskel*. Oslo: Pax Forlag. (s. 59-69, **11 sider**)

- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I: Knutstad, U. (Red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. (**17 sider**)

- Mckinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and critical care nursing*, 18(1), 27-36. (**10 sider**)

- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget (side 11-33 45-66, **45 sider**)

- Nasjonalforeningen for folkehelse. (2013, 14. Mai). *Hjerteinfarkt*. Hentet 3. Mars 2014 fra <http://www.nasjonalforeningen.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=226> (**2 sider**)

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013, 28. november). *Overlevelse og reinnleggelser ved norske sykehus for 2012*. Hentet 28. Februar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/overlevelse-og-reinnleggelser-ved-norske-sykehus-for-2012?threepagenor=1> (**3 sider**)

- Olsson, H. og Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag. (s. 66-79, **14 sider**)

- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (Red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. (**34 sider**)

- Segesten, K. (2010) Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I: Knutstad, U. (Red). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. (**11 sider**)

- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud, D-G. (Red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk. **(29 sider)**

- Stubberud, D-G. (2013). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I: Stubberud, D-G. (Red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk. **(24 sider)**

- Stubberud, D-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I: Stubberud, D-G. (Red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk. **(48 sider)**

- Stubberud, D-G. & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I: Stubberud, D-G. (Red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk. **(21 sider)**

- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 5-6, 27-49, 61-70, 81-116, **70 sider**)

- Wassenaar, A., Schouten, J. & Schoonhoven, L. (2014) Factors promoting intensive care patients perception of feeling safe: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 51(2), 261-273. **(13 sider)**